UNIVERSITÉ DE LAUSANNE – FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE
Directeur: Professeur C. MÜLLER

Etude comparative de deux groupes de syndromes paranoïdes apparaissant à des âges différents

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine
de l'Université de Lausanne
pour l'obtention
du grade de docteur en médecine

par

Edmond Gilliéron

Médecin diplômé de la Confédération suisse,
originaire de Servion (Vaud)

ZURICH
ORELL FÜSSLI ARTS GRAPHIQUES SA ZURICH
1976

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE – FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE
Directeur: Professeur C. MÜLLER

Etude comparative de deux groupes de syndromes paranoïdes apparaissant à des âges différents

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine
de l'Université de Lausanne
pour l'obtention
du grade de docteur en médecine

par

Edmond Gilliéron

Médecin diplômé de la Confédération suisse,
originaire de Servion (Vaud)

ZURICH
ORELL FÜSSLI ARTS GRAPHIQUES SA ZURICH
1976

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

Faculté de médecine

Le Conseil de la faculté de médecine de l'Université de Lausanne, après avoir pris connaissance des rapports favorables de MM. les professeurs *Christian Müller et Pierre-Bernard Schneider* et sans se prononcer sur les opinions du candidat, autorise l'impression de la thèse intitulée: *«Etude comparative de deux groupes de syndromes paranoïdes apparaissant à des âges différents»* présentée par Monsieur *Edmond Gillieron,* Médecin diplômé de la Confédération suisse, pour l'obtention du grade de Docteur en médecine.

Lausanne, le 10 septembre 1976

Le Doyen: Professeur *G. Favez*

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Tiré à part des:
Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et Psychiatrie *119*, 1, 109–143 (1976)

Mes remerciements s'adressent au Professeur Christian Müller qui, non seulement m'a soutenu de ses conseils, mais aussi m'a accordé toutes les facilités et le temps nécessaires à la récolte des données cliniques de ce travail.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546820_0061

Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie
Volume 119 (1976), fascicule 1, pages 109–143

Etude comparative de deux groupes de syndromes paranoïdes apparaissant à des âges différents

par E. GILLIÉRON

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE DE LAUSANNE
(Directeur: Prof. C. MÜLLER)

A. Introduction[1]

Les recherches actuelles en géronto-psychiatrie semblent s'orienter surtout dans deux directions:

1. l'étude de l'influence de l'âge avancé sur des maladies préexistantes;
2. la spécificité de tel ou tel syndrome apparu tardivement.

Notre travail a pour but d'étudier la parenté de syndromes psychopathologiques semblables, mais apparaissant à des âges très différents: le syndrome paranoïde de la schizophrénie paranoïde et le syndrome paranoïde de psychoses se déclenchant à un âge très avancé. On sait en effet que l'on a souvent peine à déterminer la nature d'une affection psychique se déclenchant à un âge très tardif: s'agit-il d'une affection spécifique de la vieillesse, ou s'agit-il d'une maladie appartenant à un groupe nosologique plus précoce, simplement «teintée par la vieillesse»? Les conditions spécifiques d'apparition d'un syndrome maladif donné, sont encore loin d'être élucidées; nombre d'auteurs se sont intéressés aux relations entre l'âge, l'éclosion d'une maladie et son aspect psychopathologique; même s'il semble actuellement exister une certaine tendance à inclure les maladies du vieillard dans des groupes nosologiques d'âge plus jeune, on est loin d'avoir tout élucidé.

Nombre d'études ont été faites sur les psychoses paranoïdes tardives, schizophrénie tardive, paraphrénie tardive, paranoïa tardive, etc. La plupart des auteurs ont comparé ces syndromes paranoïdes, d'apparition tardive, à la schizophrénie paranoïde d'apparition plus précoce, mettant en évidence certaines

[1] Ce travail se trouve en marge de l'«enquête de Lausanne», étude catamnestique entreprise par l'hôpital de Cery, ces dix dernières années, portant sur le sort de personnes âgées, ayant au moins séjourné une fois à l'hôpital.

différences et certaines ressemblances entre les deux syndromes. La plupart des auteurs s'accordant finalement à classer presque tous les syndromes paranoïdes tardifs dans le groupe des schizophrénies, faisant par exemple de la «paraphrénie tardive» *(Roth)* la manifestation la plus typique de la schizophrénie dans l'âge avancé. *Post*, lui aussi, relève qu'une maladie apparaissant dans l'âge avancé n'est souvent que la simple accentuation de traits prémorbides. Mais lesdits traits prémorbides sont difficiles à mettre en évidence dans une étude rétrospective. Des enquêtes anamnestiques très fouillées n'ont donné que des réponses insatisfaisantes. C'est pourquoi, plutôt que de tenter une étude longitudinale des psychoses paranoïdes tardives, en examinant les antécédents détaillés des malades, nous avons choisi, pour mettre en évidence une éventuelle spécifité des syndromes paranoïdes tardifs, une méthode comparative. Nous avons donc choisi de comparer cliniquement les patients souffrant de syndromes paranoïdes apparus dans l'âge avancé (65 ans et plus) à des patients schizophrènes délirants, du même âge, mais dont la maladie était apparue au moins vingt ans auparavant (avant 45 ans ou vers l'âge de 45 ans). Notre hypothèse était bien sûr qu'il existerait très probablement une différence entre les deux groupes, ne serait-ce qu'à cause de la longue évolution maladive préexistante chez les schizophrènes. Toutefois, les caractéristiques de la vieillesse étant bien connues, il serait possible de voir si l'influence de l'âge était pareille dans les deux groupes.

Nous nous sommes rapidement aperçu que le nombre des patients pouvant entrer dans notre étude était assez réduit et qu'il serait impossible de faire une étude statistique quelconque.

C'est pourquoi nous avons renoncé à vouloir à tout prix établir un système permettant des comparaisons statistiques, nous bornant à tenter une approche psychopathologique la plus objective possible.

Comme on le verra plus loin, notre étude n'apportera guère d'éléments nouveaux par rapport à tout ce qui a été dit dans ce domaine. Elle permettra cependant de mettre l'accent sur le problème fondamental de la *structure de la personnalité des patients*, en montrant que les malades schizophrènes (dont les premières poussées aiguës sont apparues vingt ans auparavant au moins), paraissent plus profondément perturbés dans leur personnalité, que les patients dont la maladie est apparue très tardivement. Cette perturbation de la personnalité, se traduisant par le fait que, pratiquement chez tous les schizophrènes, on relèvera la présence d'un comportement autistique, n'apparaît pas due à la longueur de l'évolution de la maladie, mais plutôt à la profondeur du processus maladif. Ce qui serait tout de même, si on pouvait le prouver, très intéressant pour l'orientation des recherches dans le domaine de la schizophrénie et surtout dans celui de la définition du rapport entre syndrome et maladie.

B. Survol de la littérature

Les auteurs s'étant intéressés à la vieillesse ont constamment posé un double problème:

1. Y a-t-il des maladies spécifiques de l'involution?

2. Y a-t-il des maladies simplement teintées ou influencées par l'involution?

Ceci bien sûr, après avoir éliminé les affections d'étiologie organique prouvée (syndrome psycho-organique d'origine sénile ou artériosclérotique par exemple).

Dans le domaine des psychoses paranoïdes, on retrouve ces deux mêmes types de préoccupations chez les auteurs: les uns, tel *Christian Müller*, s'intéressent à l'influence de l'âge sur l'évolution de la schizophrénie. D'autres, depuis de nombreuses années, cherchent à définir des entités nosologiques typiques de l'âge avancé (schizophrénies tardives de *Manfred Bleuler*, paraphrénie tardive de *Roth*, par exemple).

Les auteurs du début du siècle tel *Kleist* (paranoïa d'involution en 1913), *Seelert* en 1915 (les psychoses paranoïdes de l'âge avancé), *Serko* en 1919 (la paraphrénie d'involution) ont surtout cherché à donner des descriptions détaillées et précises de syndromes paranoïdes de l'âge avancé, s'inscrivant dans le courant psychopathologique très net de l'époque, poussant les auteurs à définir des entités nosologiques de plus en plus précises. Ces différents travaux sont bien résumés dans la thèse de *Naudascher*, 1939 (Les psychoses délirantes d'involution) qui divise les syndromes paranoïdes tardifs en trois catégories:

- les psychoses paranoïdes
- les psychoses paranoïaques
- les psychoses paraphréniques

Naudascher relève comme caractéristiques des psychoses délirantes tardives: le polymorphisme de la symptomatologie, la fréquence des éléments atypiques tels que troubles de l'humeur, euphorie paradoxale, etc.

Dès 1935 environ, on relève cependant quelques articles intéressants cherchant à définir l'effet pathoplastique de l'âge sur les maladies mentales. Ainsi, *Bostroem* (Les différentes périodes de la vie, 1937), s'efforce de montrer l'influence de l'âge sur la forme des maladies mentales. En ce qui concerne la schizophrénie, il relève que le tableau hébéphrénique reflète bien les manifestations de la puberté normale: les hésitations, le débordement des sentiments, la puérile arrogance de l'âge ingrat, l'impétuosité romantique avec tendance à saisir les problèmes les plus élevés de manière enfantine, l'indépendance abrupte, etc. Ces mêmes manifestations, à peine augmentées, se retrouveraient dans le tableau hébéphrénique. La motricité maladroite de l'âge ingrat peut aussi, selon lui, se

retrouver dans des états catatoniques, de manière caricaturale. Ces derniers peuvent apparaître plus tardivement puisque les inhibitions motrices de l'adolescence se prolongent souvent encore de nombreuses années. L'adulte d'âge moyen étant d'ordinaire plus mesuré, les manifestations schizophréniques apparaissant à cette époque, seraient aussi moins spectaculaires. Il n'y aurait rien de bien particulier à relever dans cette période; en revanche, chez la plupart des malades, dont la première poussée apparaîtrait entre la 35e et la 40e année, on commencerait à relever des tendances paranoïdes beaucoup plus marquées. Ce qui devrait aussi être considéré comme influence de l'âge, car cette tendance à la méfiance se retrouve plus facilement chez les personnes de la fin de l'âge moyen que chez les jeunes.

Dans l'âge plus avancé encore, les manifestations seraient différentes et moins marquées, dans la mesure où l'installation de la maladie schizophrénique ne serait pas aussi intense et n'aurait pu s'incruster comme elle le fait dans le jeune âge. *Kläsi*, en 1938 (Lebensalter und Wahnform), fait quelques remarques plus subtiles sur les relations entre l'âge et le délire schizophrénique. Pour lui, le délire d'influence représente une façon pathologique d'établir un contact social qu'on est en train de perdre et s'observe surtout chez les jeunes hommes et chez les «vieilles filles». Plus tard s'y ajoutent les idées d'empoisonnement dont l'explication est sexuelle presque toujours. Les idées d'appauvrissement, d'être volé, se rencontrent presque exclusivement dans l'âge avancé, ce qui s'expliquerait par les difficultés sociales réelles des vieillards et par la proximité de la mort. De plus, les idées mégalomaniaques du jeune, seraient le reflet de l'apparition des désirs sexuels et la puissance sexuelle. Kläsi s'empresse d'ailleurs de conclure que l'âge n'a pas d'influence prépondérante sur le délire.

C'est avec *M. Bleuler*, en 1943 (Die spätschizophrenen Krankheitsbilder), qu'apparaît la première large étude casuistique, portant sur 130 cas, et discutant le problème des tableaux schizophréniques tardifs. L'auteur y relève que 15% des troubles schizophréniques apparaissent après la quarantaine, de manière nettement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Sur le plan psychopathologique, il remarque que, dans la moitié des cas, on ne note aucune différence d'avec les tableaux d'apparition plus précoce. Par contre, dans l'autre moitié, certaines caractéristiques sont mises en évidence; *Bleuler* y distingue trois sous-groupe:

1. les schizophrénies paraphréniformes
2. les schizophrénies anxieuses
3. les schizophrénies aiguës, de fréquence plus rare.

Dans le premier sous-groupe prédominent les idées délirantes et les faux souvenirs. Dans le deuxième, l'aspect multiforme, catatonique et dépressif, la rigidité, etc.; dans le troisième, l'agitation, l'irrégularité de l'évolution.

C'est surtout dans le sous-groupe des schizophrénies paraphréniformes que prédomineraient les femmes. L'évolution de tous les cas de ce deuxième groupe serait assez semblable à celle des tableaux schizophréniques plus précoces, à peu de chose près. En particulier, selon *Bleuler*, rien ne permet d'affirmer que les troubles organiques ou endocriniens expliquent les schizophrénies tardives. Selon lui, on ne peut distinguer nettement, sur le plan psychopathologique, la schizophrénie tardive de la schizophrénie précoce.

Cependant, *Albi*, en 1950, dans un très bref travail, reprend le problème sur le plan de la psychopathologie. Il compare le type d'idées délirantes de deux groupes de schizophrènes d'âge très différent: dans le premier groupe, 117 patients de moins de 15 ans souffrent de troubles dont la durée ne dépasse pas trois ans; dans le deuxième, 67 patients dans la quarantaine, souffrent aussi de troubles dont la durée ne dépasse pas la même période de trois ans. L'élaboration statistique des résultats permet à l'auteur de dire que les idées délirantes de type persécutoire, sont, de manière significative, plus fréquentes chez les schizophrènes âgés, tandis que les idées délirantes d'auto-accusation le sont chez les schizophrènes jeunes. L'auteur en conclut que très probablement les différences de structure de personnalité dans les deux groupes d'âge pourraient expliquer la différence de la symptomatologie.

En 1952, paraît un article bien connu de *Roth* et *Morissey*, où la notion de paraphrénie tardive est clairement définie pour la première fois comme la forme typique de la schizophrénie apparaissant dans l'âge avancé. Ses caractéristiques seraient: l'apparition des troubles après soixante ans; une bonne conservation des capacités intellectuelles; des sentiments de passivité prononcée, des troubles de la volonté; des hallucinations multiformes apparaissant dans une conscience claire, des idées délirantes à prédominance mégalomaniaque ou cosmique.

H. Knoll, en 1952, dans une étude très soigneuse de 114 patients, cherche à mettre en évidence la relation existant entre les psychoses hallucinatoires paranoïdes involutives et la schizophrénie. Selon lui, la relation généalogique, avec la schizophrénie, dans la plupart des cas est si nette que l'appartenance des psychoses hallucinatoires tardives à la schizophrénie doit être considérée comme certaine. On note, dans la plupart des cas, une personnalité pré-morbide schizoïde et les célibataires sont statistiquement plus fréquents parmi ces patients. L'involution serait un facteur déclenchant et pathoplastique important. Sur le plan psychopathologique, les éléments hypochondriaques, dépressifs, et l'anxiété prédomineraient. *Hirschmann* et *Klages*, par contre, en 1957, dans une étude portant sur cinquante cas de schizophrénies tardives, relèvent qu'ils n'ont trouvé que très peu de personnalités schizoïdes pré-morbides. Toutes les autres avaient plutôt un tempérament cyclothyme. En 1958, *Gruhle*, dans un travail sur l'influence spécifique de la vieillesse sur les diverses maladies psy-

chiatriques, à propos de la schizophrénie tardive, relève que la personnalité est beaucoup moins touchée que dans la schizophrénie précoce. Le délire apparaît chez les personnes solitaires, célibataires et malheureuses. Il discute aussi l'influence de la vieillesse sur les schizophrénies évoluant depuis le jeune âge en relevant que ces formes de schizophrénies sont très peu influencées par l'âge, si ce n'est que, parfois, on relève que les patients sont moins autistes et mieux adaptés dans l'âge avancé.

Callieri et *Priori*, 1958, étudient aussi la psychopathologie des délires apparaissant dans l'âge avancé. L'observation de trente cas de maladies typiquement paranoïdes leur permet de distinguer plusieurs tableaux différents: un tableau typiquement *paranoïde*, un tableau caractérisé par un début dépressif-anxieux avec délire de culpabilité puis *élaboration paranoïde*, un tableau essentiellement *hallucinatoire* et enfin un tableau de *délire sénile de préjudice* tout à fait typique. Les auteurs soulignent l'importance du choix du thème délirant et de l'élaboration du contenu. Le délire sénile paraît très lié à la situation concrète dans laquelle se meut le vieillard, bien organisé dans son vécu. On peut, de manière compréhensible, le relier aux événements passés de la vie du vieillard. Les expériences psychotiques séniles sont en rapport étroit avec le monde extérieur. L'attitude du malade à l'égard des thèmes délirants est plutôt celle d'un narrateur objectif. Souvent les récits délirants prennent un caractère pseudo-confabulatoire. L'attitude propre au vieillard se retrouve dans leur délire: être sentencieux, changer le «croire en» en «croire que».

On note encore d'autres études de *Kay* et *Roth* et l'une de *Post*, en 1967, qui d'ailleurs discute abondamment la littérature précédente concernant la schizophrénie tardive. L'étude de *Post*, portant sur cent patients, n'exclut pas à priori les malades souffrant de troubles psycho-organiques (8%). Sur le plan psycho-pathologique, il distingue trois groupes de patients:

1. les hallucinoses paranoïdes, patients souffrant surtout d'hallucinations auditives et d'idées de persécutions liées au contenu des hallucinations;

2. des psychoses schizophréniformes, où l'on note des hallucinations auditives et des préoccupations délirantes plus étendues, telles que sentiment d'être observé, d'être attaqué par différentes substances, etc. mais ceci dans un contexte assez banal et compréhensible;

3. les patients schizophréniques, présentant des symptômes primaires selon *K. Schneider*. On y trouverait surtout des manifestations telles que l'écho de la pensée, des sensations de coups qui frappent le patient, des sentiments d'étrangeté de l'environnement, des voix anticipant la pensée et commentant les actes du patient à la troisième personne.

Selon *Post* cependant, ces trois groupes ne sont pas des entités nosologiques différentes, mais simplement des *manifestations différentes* d'une même maladie, la schizophrénie.

Un autre domaine particulièrement intéressant, n'a trouvé que peu d'auteurs pour l'étudier: l'évolution des schizophrénies dans l'âge avancé. C'est surtout *Christian Müller* qui a publié la première étude sur ce sujet, en 1959. Il étudie 101 patients de plus de 65 ans dont la maladie dure depuis trente-cinq ans en moyenne. Il montre que le senium n'est pas seulement un état terminal, mais présente une dynamique propre; chez une catégorie de patients (surtout les schizophrénies tardives), on note des tendances accrues à la régression, à l'encapsulement et à l'aggravation de l'évolution de la maladie. Chez plus de la moitié des schizophrènes par contre, on relève une atténuation de la symptomatologie, une certaine syntonisation de la personnalité et une amélioration de la sociabilité. Au contraire de *Riemer*, *Müller* note que les troubles psychoorganiques ne sont pas rares chez les schizophrènes âgés, mais n'influencent guère la psychose elle-même. La fréquence de la démence sénile est de 10 à 20% environ, comme dans la population générale.

On note des observations, en partie semblables de *Wachsmuth* qui relève que 60% environ des schizophrènes présentent encore des symptômes maladifs et que 40% seulement présentent un état résiduel depuis des années.

C. Nos observations

1. Choix des patients

Notre étude porte sur deux groupes de 14 patientes choisies parmi une cinquantaine, toutes examinées selon une méthode standardisée, utilisée dans le cadre des recherches catamnestiques en géronto-psychiatrie à l'hôpital de Cery. La sélection a été faite en vue d'avoir deux groupes à peu près comparables tant par l'âge que par l'état civil. Nous avons examiné cinquante dossiers de malades femmes, hospitalisées soit à l'hôpital de Cery, au moment de l'examen, soit dans une dépendance de cet hôpital, à la «Rosière». La sélection a été faite en vue d'obtenir deux groupes à peu près comparables tant par l'âge que par l'état civil. Le critère de sélection de base étant la présence ou non de manifestations délirantes au moment de l'examen. Une lecture rapide des dossiers nous a permis d'éliminer d'emblée 12 cas, qui ne présentaient plus de délire (lorsqu'il y avait doute, nous allions voir nous-même la patiente). Des 38 cas restant, nous en avons encore éliminé 10, sur la base de critères d'âge, d'état civil et de durée d'hospitalisation (au moins deux mois, afin que les manifestations les plus aiguës aient disparu) pour éviter une trop grande disparité des groupes. Finalement nous avons pu rassembler deux groupes de patientes: un

groupe de 14 patientes dont les manifestations délirantes étaient apparues *avant l'âge de* 45 *ans;* un groupe de patientes dont les manifestations délirantes étaient apparues *après l'âge de* 65 *ans*, groupe que nous appellerons celui des «syndromes paranoïdes très tardifs» (*voir table 1* ci-dessous):

Table 1

Répartition des deux groupes au moment de l'examen

Schizo	célibataires	mariés	veufs	divorcés	total
65–70 ans = 2	2				2
70–75 ans = 3		1	2		3
75–80 ans = 3	2			1	3
80–plus = 6	5		1		6
	9	1	3	1	14
Syndromes paranoïdes très tardifs					
65–70 ans = 1 (dout)	1				1
70–75 ans = 1	1				1
75–80 ans = 5	3	1	1		
80–plus = 7	5		1	1	7
	10	1	2	1	14

Comme on le voit sur le tableau précédent, les différentes classes d'âge (65–70 ans, 75–80 ans, 80 ans et plus) sont réparties de manière assez proche dans les deux groupes: on note une nette prédominance de patientes très âgées (75 ans et plus): 9 dans le groupe des schizophrènes, 12 dans le groupe des syndromes paranoïdes très tardifs. On relève aussi une prédominance très nette des célibataires dans les deux groupes.

L'examen comprenait les points suivants:

- Etude et résumé du dossier médical comprenant les renseignements anamnestiques, les renseignements sur l'évolution du cas jusqu'au moment de l'examen.
- Examen de l'état actuel comprenant un examen clinique, lors d'un entretien d'au minimum une heure, et prise de renseignements, si possible auprès du personnel soignant et des membres de la famille.
- Une appréciation globale à la fin de l'examen portant un diagnostic et une appréciation détaillée de l'état actuel.

Nous avons ensuite tenté de définir une grille d'appréciation de ces résumés, tenant compte du but que nous nous étions fixé: à savoir la comparaison de

syndromes délirants apparus à des âges très différents, mais persistants au moment de l'examen. Notre travail étant essentiellement une recherche psychopathologique, nous n'avons pas porté une très grande attention aux éléments anamnestiques autres que ceux qui concernaient l'apparition des manifestations délirantes et leur évolution.

Nous avons donc établi, avec l'aide du Professeur P. Berner qui, parallèlement faisait une étude sur l'évolution du délire des paranoïaques (Der Lebensabend der Paranoiker – P. Berner, Wien, Z. Nervenheilkunde *27*, 115–161, 1969), la grille d'appréciation suivante (table 2). Cette grille d'appréciation comporte cinq points principaux:

1. La structure du délire par relation au monde réel.
2. Edification et amplitude du délire.
3. Contenu et thèmes du délire.
4. Arrière-plan psychopathologique.
5. Troubles du comportement général et autres troubles.

La plupart des éléments de ces différents points sont assez explicites pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir. Tout au plus peut-on préciser ce que l'on entend par délire organisé et non organisé et délire polarisé ou juxtaposé; en ce qui concerne le terme organisé: nous avons, comme *Berner*, renoncé au terme «systématisation» du délire, qui dépend beaucoup du niveau d'intelligence du patient. Ainsi un patient peut organiser un délire paranoïaque très classique sur des éléments n'ayant guère de logique entre eux, mais ceci à cause des faibles connaissances du patient, de sa faible intelligence. Un délire organisé sera donc un délire de type paranoïaque où tous les éléments sont sensés dépendre les uns des autres dans l'idée du patient. Le délire non organisé étant celui du schizophrène dont le délire n'aura guère de structure tant soit peu logique.

De plus, dans l'appréciation de la structure du délire, on tiendra compte de sa relation ou non au monde réel. Le délire sera dit «polarisé» si sa relation au monde réel est claire, «autistique» si le patient n'accorde aucune attention à la réalité, «juxtaposé» si le monde réel et le monde du délire coexistent l'un à côté de l'autre, comme dans la plupart des cas de paraphrénie par exemple.

La notion d'autisme devrait être précisée: on remarquera que nous avons utilisé le terme autisme à deux endroits. Dans la qualification de la structure du délire et dans la définition de l'arrière plan psychopathologique. Il nous a semblé en effet important de relever, lorsque cela était possible, la présence ou non de l'attitude de retrait, décrite par *Bleuler*, du patient: introversion profonde, absence de contact avec la réalité, refus même de la réalité, refus du contact, impénétrabilité, etc. . . . Il nous a semblé en effet que la structure autistique du délire ne suffisait pas à caractériser le comportement de certains

patients. C'est pourquoi nous avons tenu à préciser au point IV la présence ou l'absence de comportement autistique.

Table 2

Grille d'appréciation psychopathologique

1) Structure du délire et sa relation au monde réel

Logique – Organisé – Polarisé
Paralogique – Organisé – Polarisé
Paralogique – Organisé – Juxtaposition
Paralogique – Inorganisé – Juxtaposition
Paralogique – Inorganisé – Autistique

2) Edification et amplitude du délire

Interprétation
Faux souvenirs
Intuition
Fabulation
Illusions — acoustiques, optiques
Hallucinations — acoustiques, optiques, olfactives, cénestésiques, tactiles
Fausses reconnaissances
Sentiments d'influence

3) Contenu et thèmes du délire

4) Arrière-plan psychopathologique

Incohérence
Bizarreries linguistiques
Stéréotypie – Maniérisme
Pensée accélérée
Hypomanie
Dysphorie – Labilité affective
Euphorie
Dépression
Rigidité affective
Indifférence ou Manque de résonnance affective
Autisme
Syndrome psycho-organique — léger, moyen, sévère
Autres symptômes psycho-organiques

5) Troubles du comportement général et autres troubles

Agitation psychomotrice
Inhibition psychomotrice
Irritabilité – Agressivité
Tension – Agitation – Anxiété
Quérulence
Troubles du sommeil
Troubles de l'appétit

A l'aide de la grille d'appréciation précédente, nous avons en quelque sorte «interrogé» les résumés d'observations, en utilisant les différents item comme autant de questions auxquelles il fallait répondre. Nous avons relevé tous les éléments positifs permettant de répondre aux questions de la grille. En l'absence d'éléments positifs, nous ne notions rien. Ainsi, la présence de tel ou tel symptôme dans nos tableaux signifie que nous avons trouvé, dans les résumés, des *indices positifs* indiquant que ce symptôme existait.

Son absence signifie simplement que le symptôme n'est pas signalé dans les résumés: il peut avoir été *«oublié»* par l'observateur (presque toujours nous-même) ou il peut n'être pas *présent.*

Résumé global de tous les renseignements cliniques

Pour avoir une vue générale de l'ensemble des tableaux psychopathologiques, à l'aide de la grille décrite plus haut, nous avons donc résumé dans les tables suivantes (3a et 3b) toutes les données obtenues.

Comme il fallait s'y attendre, les données obtenues ont varié, mais la quantité d'information obtenue nous a paru intéressante. En particulier les renseignements sur les délires étaient d'ordinaire assez fournis. Parfois, en cas de *doute* quant au sens d'un terme ou l'autre, nous nous sommes référés au dossier clinique lui-même, mais sans jamais ajouter un renseignement supplémentaire au résumé.

C'est à partir de ces résumés globaux que nous allons établir notre comparaison entre les groupes.

Comparaison clinique des groupes

1. Essai d'analyse de la cohésion des groupes

Avant de comparer les deux groupes de patientes entre eux, il semblait nécessaire d'examiner superficiellement les relations entre les différents tableaux psychopathologiques présentés par les patientes d'un même groupe. Il s'agissait donc de voir s'il existait une certaine cohérence dans les manifestations pathologiques présentées, tels que les thèmes des délires, leur richesse, leur structure, la présence ou non d'hallucinations, les troubles du comportement, etc. Cette comparaison à l'*intérieur* des groupes était d'autant plus nécessaire que le groupe des syndromes paranoïdes tardifs pouvait être assez facilement divisé en deux sous-groupes: celui des paraphrénies tardives et celui des autres délires paranoïdes tardifs.

Pour ce faire, nous avons examiné les tableaux récapitulatifs. Ainsi nous avons pu constater que la symptomatologie n'a guère de relation claire avec la

Table 3a Symptomatologie générale: groupe des syndromes paranoïdes très tardifs

Nom	Structure du délire et sa relation au monde réel	Edification et amplitude du délire	Contenu et thèmes du délire	Arrière-Plan psychopathologique	Troubles du comportement général et autres troubles
T.A. 1879 *Début de la maladie:* 87 ans *Diagnostic:* syndrome paranoïde sénile	Délire: mal organisé Construction: paralogique (peur cohérente) Monde réel: juxtaposé	Imagination Hallucinations: auditives – visuelles	Préjudice Persécution – mystique – religieuse	Stéreotypies Logorrhé Humeur labile Inconscience du délire	Personnalité: cohérente Syndrome psychoorg.: + Episode d'agitation
S.E. 1881 *Début de la maladie:* 82 ans *Diagnostic:* délire sénile	Délire: mal organisé Construction: paralogique Monde réel: juxtaposé	Imagination Hallucinations: – auditives – visuelles	Préjudice Persécution	Troubles du langage Humeur labile Inconscience du délire	Personnalité: cohérente Syndrome psychoorg.: + + – Agitation – adynamie – Confusion
D.L. 1882 *Début de la maladie:* 83 ans *Diagnostic:* délire sénile	Délire: mal organisé Construction: paralogique Monde réel: juxtaposé	Imagination	Préjudice Persécution Mégalomanie – Temps	Radotage Humeur labile Dysphorie Inconscience du délire	Personnalité: sthénique Syndrome psychoorg.: + Agitation
M.M. 1883 *Début de la maladie:* 81 ans *Diagnostic:* psychose délirante sénile	Délire: mal systématisé Construction: peu cohérente (paralogique) Monde réel: autistique	Imagination Hallucinations: – auditives	Persécution Jalousie Erotomanie	Humeur labile Dysphorie	Personnalité: sthénique Syndrome psychoorg.: + + Exaltation Agitation Anxiété
D.M. 1884 *Début de la maladie:* 65 ans *Diagnostic:* Psychose paranoïde tardive	Délire: mal organisé Construction: paralogique incohérente Monde réel: autistique	Imagination Interprétation délirante Hallucinations: – auditives	Persécution Idées d'influence	Bizarreries: – habillement Indifférence	Personnalité: sthénique Syndrome psychoorg.: O Surdité Parkinson

Nom	Structure du délire et sa relation au monde réel	Edification et amplitude du délire	Contenu et thèmes du délire	Arrière-Plan psychopathologique	Troubles du comportement général et autres troubles
P.L. 1884 *Début de la maladie:* 79 ans *Diagnostic:* délire de préjudice	Délire: mal organisé pas de cohérence Construction: paralogique Monde réel: juxtaposé	Imagination Hallucinations: – auditives – visuelles	Préjudice Persécution Jalousie	Radotage Logorrhée Humeur labile Inconscience du délire	Personnalité: sthénique Syndrome psychoorg.: + + + Acuité visuelle basse Incontinence urinaire
R.E. 1884 *Début de la maladie:* 72 ans *Diagnostic:* psychose paranoïde tardive sur fond organique	Délire: mal organisé Construction: incohérente – paralogique Monde réel: – juxtaposé	Imagination Hallucinations: – primaires – secondaires Hallucinations: – auditives – visuelles Fausses reconnaissances	Préjudice Persécution Jalousie Erotomanie (sén.) (horreur)	Logorrhée	Personnalité: dissociée sthénique Syndrome psychoorg.: + +
T.B. 1884 *Début de la maladie:* 78 ans *Diagnostic:* paraphrénie tardive	Délire: mal organisé Construction: paralogique Monde réel: juxtaposé	Imagination Interprétation	Préjudice Persécution sexuelle Mégalomanie Somatique	Stéréotypies Logorrhée Humeur labile Inconscience du délire	Personnalité: sthénique cohérente Syndrome psychoorg.: + + Anxiété
C.R. 1885 *Début de la maladie:* 73 ans *Diagnostic:* paraphrénie tardive	Délire: mal organisé Construction: paralogique Monde réel: juxtaposé	Imagination Interprétation Hallucinations: – auditives	Préjudice Persécution – scientifique – somatique	Stéréotypies Logorrhée Humeur labile Inconscience du délire	Personnalité: sthénique Syndrome psychoorg.: + Anxiété
P.O. 1886 *Début de la maladie:* 79 ans *Diagnostic:* psychose délirante sénile	Délire: mal systématisé Construction: – paralogique – juxtaposition	Imagination Interprétation Hallucinations: – auditives – visuelles Fausses reconnaissances	Préjudice Persécution sex. Mysticisme Mégalomanie Somatique	Troubles du langage Logorrhée Humeur labile Inconscience du délire	Personnalité: asthénique Syndrome psychoorg.: + + Agitation psychomotrice Adynamie Comportement délirant Artériosclérose

Nom	Structure du délire et sa relation au monde réel	Edification et amplitude du délire	Contenu et thèmes du délire	Arrière-Plan psychopathologique	Troubles du comportement général et autres troubles
T.M. *rite* 1886 *Début de la maladie:* 80 ans *Diagnostic:* paraphrénie tardive	Délire: mal systématisé Construction: paralogique Monde réel: juxtaposé	Imagination Interprétation Hallucination: – auditives – cénesthésiques	Préjudice Persécution sexuelle – somatique (horreur)	Bizarreries du langage Logorrhée Humeur labile Inconscience du délire	Personnalité: sthénique Syndrome psychoorg.: O Agitation
R.A. 1887 *Début de la maladie:* 72 ans *Diagnostic:* idées délirantes paranoïdes tardives	Délire: mal systématisé Construction: logique Monde réel: juxtaposé	Imagination Interprétation Hallucinations: – auditives	Préjudice Persécution Jalousie	Radotage Humeur labile	Personnalité: asthénique Syndrome psychoorg.: ++ Dyspnée Adynamie Inhibition psychomotrice – tendances dépressives
B.E. 1888 *Début de la maladie:* 77 ans *Diagnostic:* idées délirantes séniles	Délire: mal organisé Construction: paralogique Monde réel: juxtaposé	Imagination Interprétation Hallucinations: – visuelles Fausses reconnaissances	Préjudice Persécution Concernement	Radotage Humeur labile	Personnalité: asthénique cohérente Syndrome psychoorg.: +++ Confusion Adynamie
D.D. 1894 *Début de la maladie:* 69 ans *Diagnostic:* paraphrénie tardive	Délire: mal organisé Construction: paralogique Monde réel: juxtaposé	Imagination Interprétation Hallucinations: expériences hallucinatoires aiguës	Préjudice Persécution Erotomanie scientifique Mégalomanie Somatique Horreur	Néologismes Distorsion de mot Logorrhée Humeur labile	Personnalité: sthénique Syndrome psychoorg. O

Table 3b Symptomatologie générale: schizophrénies paranoïdes

Nom	Structure du délire et sa relation au monde réel	Edification et amplitude du délire	Contenu et thèmes du délire	Arrière-Plan psychopathologique	Troubles du comportement général et autres troubles
L.J. 1880 *Début de la maladie:* 42 ans *Diagnostic:* schizo paranoïde	Délire: mal systématisé Construction: paralogique Autistique	Hallucinations: – auditives Fausses reconnaissances Faux souvenirs	Persécution	Stéréotypies Pensées incohérentes Inconscience du délire	Personnalité: asthénique Adynamie Syndrome psychoorg.: +++
D.J. 1883 *Début de la maladie:* 37 ans *Diagnostic:* démence précoce	Délire: mal systématisé Construction: paralogique Autistique	Imagination Interprétation Faux souvenirs	Préjudice Persécution	Inconscience du délire	Personnalité: asthénique Syndrome psychoorg.: ++ Adynamie Débilité
N.H. 1883 *Début de la maladie:* 44 ans *Diagnostic:* schizo paranoïde	Délire: mal systématisé Construction: paralogique Autistique	Interprétation Hallucinations: auditives aiguës Cénesthésies	Persécution Influence Erotomanie Mégalomanie	Bizarreries de langage Distorsion des mots Stéréotypies Logorrhée Humeur labile Grossièretés Inconscience du délire	Personnalité: cohérente sthénique Syndrome psychoorg.: +
P.R. 1886 *Début de la maladie:* 22 ans *Diagnostic:* catatonie + hallucinations + idées délirantes	Délire: mal systématisé Construction: paralogique Autistique	Interprétation Inventions Faux souvenirs	Persécution Erotomanie Mégalomanie Somatique	Stéréotypies Humeur labile Pensées incohérentes Inconscience du délire	Personnalité: sthénique Syndrome psychoorg.: +

Nom	Structure du délire et sa relation au monde réel	Edification et amplitude du délire	Contenu et thèmes du délire	Arrière-Plan psychopathologique	Troubles du comportement général et autres troubles
B.R. 1886 *Début de la maladie:* 34 ans *Diagnostic:* schizo paranoïde	Délire: mal systématisé Construction: paralogique Autistique	Imagination Interprétation Hallucinations: – auditives	Persécution Mégalomanie Mysticisme Erotomanie	Pas de cohérence Inconscience du délire	Personnalité: asthénique Syndrome psychoorg.: +
P.C. *tance* 1886 *Début de la maladie:* 45 ans *Diagnostic:* schizo paranoïde	Délire: mal systématisé Construction: paralogique Autistique	Interprétation Inventions Hallucinations: – auditives Fausses reconnaissances	Persécution Idées d'influence Mégalomanie Somatique	Pensée incohérente Logorrhée Humeur labile Inconscience du délire	Personnalité: asthénique Syndrome psychoorg.: + +
D.J. 1888 *Début de la maladie:* 42 ans *Diagnostic:* schizo paranoïde chronique	Délire: mal systématisé Construction: paralogique Autistique	Interprétation Intuition Hallucinations: – auditives – cénesthésiques	Préjudice Persécution Idées d'influence Jalousie Erotomanie Mégalomanie	Pensée stéreotypée Inconscience du délire	Personnalité: sthénique Syndrome psychoorg.: +
R.A. 1897 *Début de la maladie:* 43 ans *Diagnostic:* schizo paranoïde chronique	Délire: mal systématisé Construction: paralogique Autistique	Interprétation Intuition Hallucinations: – auditives – cénesthésiques	Préjudice Persécution Idées d'influence Erotomanie Mégalomanie	Stéréotypies Pensée incohérente Inconscience du délire	Personnalité: asthénique dissociée Syndrome psychoorg.: + Adynamie
T.L. 1890 *Début de la maladie:* 42 ans *Diagnostic:* schizo paranoïde	Délire: mal systématisé Construction: paralogique Autistique Monde réel: polarisé	Imagination Interprétation Intuition Hallucinations: – auditives – visuelles	Préjudice Persécution Erotomanie Mégalomanie Somatique Troubles de l'identité	Bizarreries du langage Logorrhée Humeur labile	Personnalité: asthénique Syndrome psychoorg.: + + Exaltation Agitation psychomotrice

Nom	Structure du délire et sa relation au monde réel	Edification et amplitude du délire	Contenu et thèmes du délire	Arrière-Plan psychopathologique	Troubles du comportement général et autres troubles
H.A. 1888 *Début de la maladie:* 37 ans *Diagnostic:* schizo précoce	Délire: mal systématisé Construction: paralogique Autistique Monde réel: polarisé	Intuition Hallucinations: – auditives – visuelles	Persécution Idées d'influence Erotomanie Mystique Somatique	Bizarreries du langage Stéréotypies Pensée incohérente Auto-accusations Humeur dépressive	Personnalité: asthénique Syndrome psychoorg.: ++ Agitation psychomotrice Adynamie Anxiété Aveugle Mauvais état général
D.H. 1893 *Début de la maladie:* 41 ans *Diagnostic:* schizo paranoïde	Délire: mal systématisé Construction: paralogique	Intuition Hallucinations: – auditives	Persécution mystique	Pensée incohérente	Personnalité: sthénique dissociée Syndrome psychoorg.: ++ Adynamie
D.A. 1894 *Début de la maladie:* 35 ans *Diagnostic:* schizo paranoïde	Délire: mal systématisé Construction: – paralogique – Autistique	Hallucinations: – auditives	Persécution Somatique	Bizarreries du langage Stéréotypies Pensée incohérente Inconscience du délire	Personnalité: asthénique Syndrome psychoorg.: ++ Figée
G.A. 1895 *Début de la maladie:* 38 ans *Diagnostic:* schizo paranoïde	Délire: mal systématisé Construction: paralogique – Autistique – organisé – juxtaposé	Imagination Interprétation Intuition Hallucination: – auditives Expérience hallucinatoire + délire primaire	Persécution Influence Mégalomanie Cosmique Somatique	Stéréotypies Logorrhée Pensée incohérente Maniérisme Inconscience du délire	Personnalité: sthénique Syndrome psychoorg.: ++ Agitation Scoliose
M.F. 1898 *Début de la maladie:* 41 ans *Diagnostic:* schizo paranoïde chronique	Délire: mal systématisé Construction: – paralogique – Autistique	Imagination Interprétation Intuition Hallucinations: – auditives – cénesthésiques	Persécution Influence Erotomanie Cosmique Somatique	Bizarreries du langage Stéréotypies Barrage de la pensée Maniérisme Humeur labile Inconscience du délire	Personnalité: asthénique Syndrome psychoorg.: + Adynamie

présence ou non de syndrome psycho-organique, la longueur de l'évolution de la maladie et l'âge d'apparition des premiers symptômes. Dans le *groupe des syndromes paranoïdes tardifs*, en dehors de quelques cas où les manifestations maladives sont apparues plusieurs années avant l'examen, la durée de l'évolution pathologique est d'ordinaire assez brève. Si l'on peut assez facilement mettre en évidence le sous-groupe des paraphrénies tardives par le polymorphisme des manifestations délirantes et la richesse du délire (distinction d'ailleurs quelque peu aléatoire), on trouve tout de même un certain parallélisme dans les thèmes délirants et l'on voit qu'il n'y a pas de relation nette entre l'importance des troubles psycho-organiques et les manifestations délirantes. De plus, le délire, pour les cas où l'évolution a une certaine durée déjà, n'est en rien différent du délire des cas à décompensation plus récente.

En ce qui concerne le *groupe des schizophrénies*, la longueur minimum de l'évolution est de 27 ans déjà. Cette longueur d'évolution est assez variable puisque l'on note une variation allant de 27 ans de catamnèse à 58 ans! De plus, les âges d'apparition des manifestations cliniques évidentes se situent entre 22 ans et 44 ans! Mais il est frappant de constater qu'on ne peut guère établir de différence, dans l'échantillon examiné, entre les schizophrénies d'apparition très précoce et celles d'apparition plus tardive. Tout au plus pourrait-on relever une certaine tendance à l'appauvrissement du délire avec le temps et une orientation vers des thèmes de persécution; cependant ceci n'est pas d'une clarté absolue. Ainsi, chez la patiente RP, 1886, dont la maladie évolue depuis 58 ans, on relève la présence d'idées délirantes assez pauvres, à teinte hypocondriaque surtout, ainsi que la présence d'hallucinations auditives; tandis que chez la patiente AR, 1887, dont la maladie n'évolue que depuis 27 ans, on relève aussi un délire à teinte de persécution, mais l'absence d'hallucinations. Chez la patiente HN, dont la maladie évolue depuis 39 ans déjà, on relève encore un délire très riche, principalement de persécution, et la présence d'hallucinations auditives et de troubles du comportement. Ainsi, la richesse de la production délirante ne paraît guère dépendre de la longueur de l'évolution maladive, dans les cas examinés. De fait, l'examen de l'ensemble des délires permet de dire que, dans l'échantillon présent, la symptomatologie actuelle ne dépend ni de la longueur de l'évolution maladive, ni de l'importance des troubles psycho-organiques, ceci dans les deux groupes étudiés.

En résumé, une lecture rapide et superficielle des tableaux précédents montre bien que dans chaque groupe il n'existe pas grande différence tant dans la thématique des délires, dans la structure des délires, dans la nature des troubles du comportement, etc. Ainsi, on peut affirmer que chacun des deux groupes présente une certaine cohérence sur le plan psychopathologique.

Pour parfaire la comparaison à l'intérieur des groupes, compte tenu du but que nous nous étions fixé: à savoir mettre en relation un tableau psychopathologique donné avec l'âge d'apparition de la symptomatologie, nous avons donc à nouveau établi des tableaux synoptiques permettant de mettre en relation le diagnostic, la date de l'apparition des premiers symptômes, la longueur de la catamnèse, la présence et l'importance d'un syndrome psycho-organique et de troubles organiques et les symptômes. Ce qui intéressait surtout, c'était la relation entre la longueur de l'évolution maladive, l'importance du syndrome psycho-organique présenté et les symptômes.

Table 4a

Syndromes paranoïdes: Age d'apparition – Importance des troubles psychoorganiques – symptomes

Nom année de naissance	Diagnostic	1er séjour début	Catamnèse	Syndrome psycho-organique	Troubles organiques	Symptomes
T.A. 1879	*Syndrome paranoïde sénile*	1967 (87 ans)	7 ans	+	+	*Délire (persécution)* Logorrhée *Hallucinations*
S.E. 1881	*Idées délirantes séniles avec agitation*	1963 (82 ans)	–	++	++	*Idées délirantes de vol* *Hallucinations* Troubles du comportement Soliloques Désorientation – confusion – agitation
D.L. 1882	*Délire sénile*	1965 (83 ans)	–	+	+	*Idées délirantes de préjudice* Comportement confabulatoire Compensatoire Compréhensible
M.M. 1883	*Psychose délirante sénile*	1964 (81 ans)	–	++		*Délire riche amoureux* Hallucinations schizoïdes Troubles du comportement
D.M. 1884	*Paraphrénie tardive*	1948/49 (65 ans)	15 ans	–	++	*Vagues idées délirantes* Hallucinations – bizarreries Autisme
P.L. 1884	*Délire de la persécution tardif*	1966 (79 ans)	–	+++	–	*Délire de persécution* compréhensible *Hallucinations* Troubles du comportement
R.E. 1884	*Psychose paranoïde tardive sur fond organique*	1964 (72 ans)	–	++	+	*Délire riche* (hypocondriaque) *Hallucinations*

Nom année de naissance	Diagnostic	1er séjour début	Catamnèse	Syndrome psycho-organique	Troubles organiques	Symptomes
T.B. 1884	*Paraphrénie tardive*	1962 (78 ans)	—	++	++	*Délire riche* (hypocondriaque) construction compréhensible
C.R. 1885	*Paraphrénie tardive*	1962 (73 ans)	5 ans	+	+	*Délire riche* (compréhensible) Fabulation Hallucinations Troubles du comportement
P.E. 1886	*Psychose délirante sénile*	1965 (79 ans)		++	+	*Délire de préjudice riche* (Sex-) *Hallucinations mystiques*
T.M. 1886	*Paraphrénie tardive*	1966 (80 ans)	—	—	+	*Délire riche* (sénile – préjudice) *Hallucinations*
R.A. 1887	*Idées délirantes* séniles	1959 (72 ans)		++		*Considérations délirantes* (persécution – accusations – vol) *Hallucinations*
B.E. 1888	*Idées délirantes séniles*	1965 (77 ans)	—	+++		*Idées délirantes de persécution* Fausses reconnaissances Idées de concernement
D.D. 1894	*Paraphrénie tardive*	1963 (69 ans)	—	—	—	*Délire riche* Troubles du langage

Table 4b

Schizophrénies paranoïdes: Age d'apparition – Importance des troubles psychoorganiques – symptomes

L.J. 1880	*Schizo paranoïde*	1922 (42 ans)	44 ans	+++		*Délire* polymorphe *Hallucinations* Autisme
D.J. 1883	*Démence précoce*	1920 (37 ans)	45 ans	++	+	*Idées délirantes* (persécution) – indifférence Pensée autiste
N.H. 1883	*Schizo paranoïde*	1927 (44 ans)	39 ans	+	—	*Délire riche* (persécution) *Hallucinations* Troubles du comportement Autisme

Nom année de naissance	Diagnostic	1er séjour début	Catamnèse	Syndrome psycho-organique	Troubles organiques	Symptomes
P.R. 1886	*Catatonie + hallucinations + idées délirantes*	1908 (22 ans)	58 ans!	+	—	*Idées délirantes assez pauvres – Hallucinations:* Rassie – hypocondriaque Autisme
B.R. 1886	*Schizo paranoïde*	1920 (34 ans)	45 ans	+	—	*Délire Hallucinations* Troubles du comportement Incohérence Autisme
P.C. 1886	*Schizo paranoïde*	1931 (45 ans)	35 ans	++		*Délire de préjudice* (soliloques) *Hallucinations* Débilité mentale Autisme
D.J. 1888	*Schizo paranoïde chronique*	1930 (42 ans)	35 ans	+	—	*Délire riche* (séquestration) *Hallucinations* Autisme
R.A. 1887	*Schizo paranoïde chronique*	1940 (43 ans)	26 ans	?+	++	*Délire* (persécution – méfiance – idées de vol) Autisme
T.L. 1890	*Schizo paranoïde*	1932 (42 ans)	27 ans	+	—	*Délire riche (persécution) Hallucinations* Troubles du comportement Autisme
H.A. 1891	*Schizo précoce*	1928 (37 ans)	36 ans	++	—	*Délire* (persécution) angoisse Troubles du comportement Autisme
D.H. 1893	*Schizo paranoïde*	1934 (41 ans)	30 ans	++		*Délire (mystico-religieux)* lég. destructuré – nivelée – incohérence
D.A. 1894	*Schizo paranoïde*	1929 (35 ans)	35 ans	++		*Délire négativiste (pas de jambes, etc.)* Automatisme mental Figée, ambivalence *Hallucinations*
G.A. 1895	*Schizo paranoïde*	1933 (38 ans)	33 ans	++	—	*Délire pauvre Hallucinations* Tr. schém. corp. Autisme
M.F. 1898	*Schizo paranoïde chronique*	1939 (41 ans)	28 ans	+	—	*Délire (persécution* – empoisonnement – sex. dissimulé – interprétations délirantes) Distante – méfiante – angoissée – hyponcondriaque – dépressive Autisme

2. Comparaison des groupes entre eux

Nous avons donc ensuite tenté d'utiliser notre grille d'appréciation pour comparer l'ensemble des tableaux psychopathologiques chez un groupe de patientes avec l'ensemble des tableaux chez l'autre.

Nous avons examiné les points suivants:
a) les troubles de la personnalité
b) la structure du délire
c) les thèmes délirants
d) les troubles du comportement
e) les troubles psycho-organiques.

Pour ladite comparaison, nous n'avons pas repris *tous* les éléments de la grille, nous contentant de ceux qui nous ont paru les plus caractéristiques.

a) Troubles de la personnalité

En ce qui concerne les troubles de la personnalité, après avoir revu l'ensemble des facteurs caractérisant cette dernière, nous avons décidé de relever, à titre de comparaison, tous les indices susceptibles de marquer une différence entre les deux groupes. Pour ce faire, nous avons recensé les différents termes utilisés pour caractériser la personnalité. Ils sont fort peu nombreux.

Le plus communément utilisé est le terme «autisme». Les autres sont: dissociation, cohérence, sthénique. Nous avons encore ajouté, un peu artificiellement, à ces caractéristiques, la notion «d'inconscience» du délire.

Si l'on compare les deux groupes, nous arrivons au tableau suivant:

	Schizo	Syndromes paranoïdes très tardifs		
		Paraphrénie	Autres	Total
Asthénie	6		3	3
Sthénie	4	3	5	8
Dissociation	1		1	1
Cohérence	1	1	3	4
Autisme	11	1	0	1
Inconscience du délire	11	4	4	8

Comme on le voit rapidement dans le tableau, une notion telle que la critique ou l'absence de critique du délire ne paraît pas susceptible de différencier en quoi que ce soit les schizophrénies des psychoses paranoïdes tardives. Par contre, à première vue, les patientes souffrant de psychoses paranoïdes tardives semblent frapper plus facilement l'observateur par leur *sthénicité* que les schizophrènes, qui sont plus souvent décrites comme *asthéniques*. Le terme de «dis-

sociation» n'a été relevé que deux fois dans tous les résumés, une fois chez les schizophrènes et une fois chez les syndromes paranoïdes tardifs. Le terme de «cohérence» a été relevé cinq fois chez les syndromes paranoïdes tardifs et une seule fois chez les schizophrènes, ce qui pourrait donner une indication, si on le lie au terme «autisme» qui, lui, de manière extrêmement frappante est utilisé 11 fois au moins dans les résumés d'observation de schizophrènes, alors qu'il n'est utilisé qu'une seule fois dans la description des syndromes paranoïdes tardifs. Il va sans dire que ces chiffres n'ont qu'une valeur très indicative puisque la grille d'appréciation a été établie après coup et que l'absence de termes comme cohérence ou incohérence ou dissociation dans une description, peut être le fruit d'un simple oubli, comme aussi, la notion de «critique» des idées délirantes ou «absence de critique» des idées délirantes. Cependant, tout notre travail est fondé sur l'idée que le résumé de l'observation traduit certainement l'impression générale de l'observateur; et l'absence ou la présence de tel ou tel terme dans le résumé va traduire assez bien la manière dont la patiente a été ressentie. Ainsi une telle différence dans l'utilisation du terme autisme chez les schizophrènes et chez les syndromes paranoïdes tardifs nous paraît devoir avoir une valeur indicative. On peut penser tout de même que le schizophrène, même âgé frappe l'observateur par un certain détachement de la réalité, un repli sur lui-même et un manque d'intérêt évident pour l'investigateur. Le schizophrène vit plus en retrait de la réalité que celui qui présente un délire tardif. Ce qui laisserait supposer que le trouble, chez le schizophrène, est plus profond que chez celui qui présente un délire tardif, même paraphrénique. Notons que l'utilisation de terme «paraphrénie tardive» par *Roth* en lieu et place de «schizophrénie tardive» est certainement due à cet aspect de l'observation clinique.

b) La structure du délire

La définition de la structure du délire posait quelques problèmes; c'est pourquoi, chaque fois que cela a été nécessaire, nous nous sommes référé à la description clinique détaillée. En effet, la classification de certains systèmes délirants dans des catégories, telles que délire non organisé, délire organisé, délire juxtaposé et délire autistique pouvait poser quelques problèmes à partir des simples résumés. Cependant, il est frappant de constater qu'il a été finalement très simple de classer tous les systèmes délirants schizophréniques dans la catégorie «paralogique non organisé et autistique» alors que, dans les psychoses tardives, cette classification était plus difficile et que, la plupart du temps, on avait l'impression d'un délire «juxtaposé» ou même parfois «polarisé», principalement sur des idées de persécution. Il est en tout cas frappant de voir, dans le tableau, que, dans deux seuls cas, on pouvait franchement parler de construction autistique du délire et, dans 12 autres, de délires «juxtaposés». Même

si ces définitions peuvent être sujettes à caution, il n'en est pas moins frappant de voir qu'il existe une différence nette dans les structures délirantes des schizophrènes âgés et des psychoses paranoïdes séniles. La perception de la réalité demeure beaucoup présente dans ces derniers cas, ce que nombre d'auteurs ont d'ailleurs montré (voir par exemple *Callieri* et *Priori*). Ainsi, si l'on tient compte de l'analyse grossière des troubles de la personnalité que l'on a faite plus haut, on s'aperçoit que le groupe des schizophrènes présente des troubles nettement plus marqués, se traduisant par une attitude de refuge dans le délire beaucoup plus grande que dans le groupe des psychoses paranoïdes tardives. On pourrait bien sûr évoquer la longue évolution maladive préexistante pour expliquer cette différence. Cependant, nous avons fréquemment contrôlé les tableaux psychopathologiques présentés par les patientes schizophrènes lors de leurs premiers séjours hospitaliers et avons vu que, à cette époque déjà, l'attitude autistique était pratiquement superposable à ce que l'on trouvait au moment de l'examen. On notait plutôt d'ailleurs une atténuation des manifestations et des essais de socialisation dans l'âge avancé.

Table 7

Tableaux comparatifs – Structure du délire

	Schizo	Syndromes paranoïdes très tardifs		
Construction		*Paraphrénie*	*Autres*	*Total*
– logique organisée polarisée				
– paralogique organisée polarisée				
– paralogique organisée juxtaposition				
– paralogique non organisée juxtaposition		4	8	12
– paralogique non organisée autistique	14		2	2

Cependant cette socialisation, dans les cas examinés par nous, paraissait très aléatoire, mécanique, sans traduire vraiment la possibilité de l'établissement d'un contact meilleur avec l'entourage. Pour illustrer ce qui précède, nous pourrions décrire deux cas de patientes présentant à priori des manifestations assez comparables, l'une schizophrène âgée, l'autre paraphrène âgée:

1. *M. F.*, 1898

«Cette patiente a 68 ans au moment de l'examen. On ne connaît pas d'antécédents héréditaires chez elle. Son histoire est marquée par différents événe-

ments ayant précédé sa première hospitalisation: deux phases dépressives marquées, dont l'une accompagnée d'anorexie, à la suite d'ennuis sentimentaux. Dès l'âge de 30 ans, manifeste des troubles assez importants du caractère, se montre nonchalante, capricieuse, parfois grossière de manière incompréhensible, etc. Finalement hospitalisée à la suite d'un épisode d'agitation avec hallucinations auditives, délire de persécution, idées de concernement, etc. On pose le diagnostic de schizophrénie paranoïde.

Lors de l'examen, patiente pycnoïde, dans un bon état de nutrition, présentant un léger syndrome psycho-organique caractérisé par des troubles de l'attention, de la mémoire de fixation en particulier.

Plaintes hypocondriaques diverses accompagnées d'un sentiment dépressif. Evoque des idées délirantes de persécution, proches de celles qu'elle présentait lors du premier séjour, idées d'empoisonnement en particulier, cénesthopathie, langage parfois obscur, pas de véritable dialogue avec l'interlocuteur, suit fixement ses idées délirantes portant sur l'idée d'avoir été empoisonnée, des idées mystiques aussi (les russes lui en veulent parce qu'elle est religieuse), le sentiment qu'un homme lui a fait une piqûre intraveineuse pour la rendre amoureuse, affirme que des millions de personnes sont droguées comme elle, qu'elle a un don de seconde vue, etc.

Il s'agit donc bien d'une évolution schizophrénique chronique, torpide, sans modification décelable par rapport aux manifestations visibles lors du premier séjour. Tout au plus peut-on remarquer que la patiente tend plutôt à dissimuler ses idées délirantes. De plus, des éléments dépressifs se sont ajoutés lors du dernier séjour. La patiente frappe par le repli dans lequel elle s'est installée, son apparemment manque d'intérêt pour l'entourage; elle ne se rapproche jamais elle-même des infirmières ou des médecins, vit totalement dans son monde sans demander quoi que ce soit pour qu'on la sorte.»

2. *M. M.*, 1883

«Cette patiente entre à l'hôpital à 81 ans pour une ‚psychose délirante'.

Elle est célibataire, et dans ses antécédents héréditaires on ne note rien de bien particulier. Dans son histoire on relève qu'elle s'est toujours signalée par un caractère plutôt bizarre, rigide, autoritaire, attachée aux traditions religieuses, ayant des sympathies et des antipathies très tenaces. Depuis une dizaine d'années avant son hospitalisation elle a restreint son activité mais continue à s'occuper par diverses œuvres à caractère philanthropique. Un an avant son entrée à l'hôpital extériorise un délire de persécution centré sur l'antisémitisme des Nazis, s'agite, demande protection à la police. Evoque des hallucinations auditives. Rémission de quelques semaines par traitement ambulatoire mais finalement doit être hospitalisée. A l'hôpital et lors de l'examen, on se trouve

face à une femme d'ordinaire calme, plutôt rigide, autoritaire, bien orientée d'ordinaire, ne présentant qu'un léger déficit psycho-organique. Evoque surtout un délire à contenu amoureux, affirme avoir été mariée à son ancien médecin-traitant, que ce dernier est venu la trouver, etc. Présente aussi des idées délirantes de persécution, affirmant qu'on veut l'empoisonner. Parle aussi de Nazis qui la poursuivraient et la persécuteraient. Se montre méfiante d'ordinaire. Oscille fréquemment entre des phases d'agitation anxieuse et des phases de négativisme complet; sur le plan de son comportement, demande aux infirmières de goûter sa nourriture avant de manger elle-même, mobilise constamment l'entourage par ses plaintes, ses critiques et ses appels. Parfois aussi se montre très souriante, établissant un très bon contact avec l'entourage, capable de critiquer même quelque peu ses idées délirantes.»

Comme on le voit, à priori la symptomatologie présentée par ces deux patientes est assez superposable, comme certaines caractéristiques de leur évolution personnelle sont superposables aussi. Bien que nous ne l'ayons pas relevé, ces deux personnes sont de milieux socio-culturels à peu près semblables, ont toutes deux fait des études et ont toutes deux pu, en tout cas momentanément, avant leur état maladif, mener des activités indépendantes d'un certain niveau. Cependant l'une, la première, d'emblée s'installe dans une attitude de retrait par rapport au monde, paraît préférer son monde délirant au monde réel, ne cherche en rien à mobiliser son entourage. L'autre par contre, présente elle aussi des idées délirantes, des hallucinations auditives mais, loin de s'installer dans son délire et de s'en contenter, constamment elle fait appel à l'entourage, s'adresse à la police, s'adresse au personnel infirmier, pour venir à son secours. L'une vit dans son monde délirant et s'en contente, l'autre en appelle constamment à l'entourage. Avec l'une le contact direct est impossible, avec l'autre au contraire on peut tenir une conversation quasi cohérente. D'ailleurs la deuxième, pourtant plus âgée, se montre beaucoup plus active en division!

En ce qui concerne la structure même des délires, on voit bien que, chez la première patiente, les éléments de réalité n'ont guère d'importance, la patiente est influencée à distance, elle est empoisonnée, hypnotisée, mais on ne connaît guère les coupables; elle parle de «forces occultes», des «Russes», tout au plus précise-t-elle qu'un de ses premiers médecins lui a fait une piqûre intraveineuse, mais, de manière générale, ses accusations sont vagues, les personnages invoqués distants, peu précis.

Dans le second cas par contre, la patiente peut préciser nombre de personnages coupables de la persécuter: ainsi, dans sa vie, elle s'est occupée d'organisations juives et ce sont les *Nazis* qui la persécutent. Celui dont elle est amoureuse est le *Dr C.* son ancien médecin-traitant, qui l'a épousée, qu'elle veut rejoindre, etc. C'est sa nourriture qui est empoisonnée, et elle demande à l'in-

firmière de bien vouloir le vérifier constamment. L'autre affirmait simplement avoir avalé des «tonnes d'Arsenic», mais n'a jamais pris soin de demander le moindre contrôle.

Ainsi on peut bien dire que le deuxième délire est beaucoup plus proche de la réalité que le premier. C'est pourquoi nous avons parlé de juxtaposition dans le second cas et non pas de simple construction autistique du délire comme dans le premier cas. Il semble bien que cette distinction corresponde à un fait clinique, puisqu'on la retrouve pratiquement dans tous les cas examinés!

Cette constatation selon laquelle les délires des personnes âgées sont beaucoup plus proches de la réalité de ceux apparaissant à un âge plus précoce a, bien sûr, déjà été faite à nombre de reprises. Nous avons cité *Callieri* et *Priori*, on peut citer aussi *Bostroem* et bien d'autres encore. Cependant, il est intéressant de noter que, dans notre échantillon en tout cas, les délires apparus à un âge plus précoce ne se sont guère modifiés avec le temps et, en tout cas, ne se sont en rien rapprochés de la réalité. Bien au contraire, il semblent s'être plutôt développés dans un monde où la réalité n'avait aucune part, telle cette patiente, J. L. qui vit encore, à l'âge de 80 ans, comme si elle avait 40 ans, n'ayant aucune conscience de la continuité du temps. Elle paraît mieux adaptée dans sa vieillesse qu'elle ne l'était auparavant, se montre obéissante apparemment, plus docile mais vit encore à l'époque de sa jeunesse, entendant les mêmes voix, croyant reconnaître dans les divisions de l'hôpital ou au dehors les mêmes personnes qu'autrefois, etc. ce qui, chez elle ne correspondait pas à une régression liée à un syndrome psycho-organique, mais au contraire à l'installation, des années durant (plus de 40 ans) dans un monde autistique! On sait que le schizophrène a tendance à vivre hors du temps (cf. travail de Lever, qui relève la *constance dans le temps des idées délirantes*, par exemple), ce fait semble se refléter clairement dans l'évolution de phénomènes cliniques présentés par ces patients. Ce n'est donc pas tant le fait que les manifestations délirantes apparues dans l'âge avancé soient plus proches de la réalité que celles dues à un âge plus précoce qui nous a paru intéressant, mais bel et bien le fait que cette différence entre les deux catégories de patients se retrouvent dans l'âge avancé. On ne saurait donc nier l'importance de l'âge d'apparition des manifestations cliniques d'un patient. L'opinion de *Bostroem* que chaque âge a ses manifestations cliniques psychopathologiques caractéristiques se trouve donc corroborée par notre échantillon clinique. Il va sans dire que nombre d'hypothèses peuvent être émises pour expliquer ce fait. Nous en parlerons un peu plus tard.

c) Contenus et thèmes des délires

Nous avons voulu aussi comparer les différents thèmes des délires et leur

contenu en dressant une liste de toutes les caractéristiques notées dans les résumés ou dans les dossiers. Nous avons pu dresser la liste suivante:

- Préjudice
- Persécution
- Mystique
- Jalousie
- Erotomanie
- Sexuel
- Mégalomanie
- Idées d'influence
- Somatique
- Scientifique
- Concernement
- Cosmique
- Identité

Table 8
Thèmes délirants

	Syndromes paranoïdes			
	Schizo	Paraphrénies	Autres	Total
Persécution	14	4	10	14
Préjudice	4	4	9	13
Mystique	3	0	3	3
Jalousie	1	0	4	4
Erotomanie	8	1	2	3
Sexuel		3	1	4
Mégalomanie	9	2	2	4
Influence	7		1	1
Somatique	7	4	1	5
Scientifique	0	2	0	2
Concernement	0	0	1	1
Cosmique	2	0	0	0
Identité	1	0	0	0

Comme on le voit dans le tableau ci-dessus, on peut tout de même déceler certaines différences: si les idées de persécution sont évoquées pratiquement chez les patients des deux groupes, les idées de préjudice, comme il fallait s'y attendre, se trouvent tout de même très nettement plus fréquemment dans le groupe des non schizophrènes (13/14, alors qu'il n'y en a que 4 dans le groupe des schizophrènes). Chez les schizophrènes, on trouve aussi une certaine tendance aux thèmes plus déréels, comme il fallait s'y attendre, tels que les thèmes mégalomaniaques, les idées d'influence à distance, les thèmes cosmiques et même les thèmes de changement d'identité. Par contre les thèmes somatiques se retrouvent dans les deux groupes dans une bonne proportion. On ne peut guère tirer de conclusion définitive de ces observations bien sûr superficielles; mais tout de même on relève toujours la même tendance du groupe des schizophrènes paranoïdes à s'éloigner nettement plus de la réalité!

d) Les troubles du comportement (voir tableau)

Table 9
Troubles du comportement

	Schizo	Syndromes paranoïdes très tardifs		
		Paraphrénies (sur 4)	Autres	Total
– Agitation psychomotrice	2	1	5	6
– Inhibition	7	1	1	2
– Indifférence		0	1	1
– Variations	1	0	1	1
– Maniérisme et bizarreries	6	3	1	4
– Stéréotypies	8	2	0	2
– Troubles du langage et de la pensée	13	2	0	2

Le comportement général des schizophrènes et des patientes souffrant de psychoses paranoïdes tardives nous a paru diverger quelque peu. Nous avons tenté, là-aussi, d'établir un tableau comparatif. Nous y avons joint une rubrique qui, évidemment n'appartient pas réellement aux troubles du comportement mais qu'il nous a paru utile de relever: à savoir les troubles du langage et de la pensée. Notons que nous n'avons pas inscrit le radotage ou les manifestations telles que la persévération et autres syndromes psycho-organiques au nombre des troubles du langage psychotique.

Ce tableau permet de voir rapidement que les épisodes d'agitation psychomotrice tendent à être plus fréquents chez les non-schizophrènes que chez les schizophrènes, alors que l'inhibition est beaucoup plus marquée chez les schizophrènes que chez les non-schizophrènes. Ce qui correspond bien à la description des personnalités que l'on avait donné plus haut où l'on relevait que les personnalités schizophréniques étaient plutôt des personnalités dites asthéniques alors que les non-schizophrènes plutôt sthéniques. En ce qui concerne les bizarreries du comportement, on peut dire qu'on les trouve de part et d'autre de la même manière alors que les stéréotypies restent nettement peu fréquentes chez les schizophrènes. Les troubles du langage et de la pensée enfin sont, de manière très frappante, beaucoup plus élevé en nombre et en intensité chez les schizophrènes que chez les non-schizophrènes. Ainsi, là aussi, on remarque des signes parlant en faveur d'un trouble de la personnalité nettement plus profond chez les schizophrènes que chez les non-schizophrènes.

d) Les troubles psycho-organiques

Il était enfin important de comparer, dans les deux groupes, l'importance des troubles psycho-organiques, dans la mesure où une trop grande différence

entre les deux groupes aurait pu, bien évidemment, fortement influencer l'aspect clinique des délires que nous observions.

Table 10
Troubles psycho-organiques

	Schizo	Syndromes paranoïdes très tardifs		
		Paraphrénie	Autres	Total (non schizo)
Aucun	–	2	1	3
Léger	6	1	2	3
Moyens	7	1	5	6
Forts	1	–	2	2

On voit rapidement à la lecture du tableau précédent que les deux groupes sont tout à fait comparables sur le plan de la fréquence et de l'intensité des troubles psycho-organiques, bien que l'on ne puisse établir de distinction très nette sur un si petit nombre. Relevons simplement que, chez les schizophrènes, on n'a noté aucun cas sans troubles psycho-organiques, alors que, chez les non-schizophrènes, il y aurait tout de même trois cas ne présentant pas de troubles psycho-organiques. Comme nous l'avons dit plus haut, tant la richesse du délire que les contenus délirants et les types de délires ne paraissent guère influencés par la présence ou non de troubles psycho-organiques dans l'échantillon examiné.

D. Résumé et conclusions

En résumé, nous avons donc, après avoir examiné une cinquantaine de patientes d'âge avancé, retenu deux groupes de 14 patientes, d'âges et d'états civils comparables, peu atteintes sur le plan psycho-organique, présentant chacune des manifestations délirantes observables clairement. Le premier groupe était constitué de femmes schizophrènes, dont les premières manifestations délirantes étaient apparues avant l'âge de 45 ans, le deuxième de femmes dont le délire était apparu à 65 ans au moins, ou plus. Toutes présentaient des idées délirantes au moment de l'examen, à savoir après 65 ans en tout cas.

Nous avons établi une grille d'appréciation psychopathologique des patientes, après avoir examiné ces dernières et fait un résumé écrit de nos observations. Bien que notre travail, compte tenu de la petitesse des nombres n'ait permis aucun traitement statistique, nous avons pu relever tout de même des différences assez marquées entre les deux groupes, différences allant toutes d'ailleurs dans la même direction: ainsi, en examinant la structure du délire et sa relation au monde réel, nous avons pu voir que le délire des schizophrènes était beaucoup plus détaché de la réalité que celui des non-schizophrènes. Par

contre, en ce qui concerne la présence ou non d'hallucinations, de fausses reconnaissances ou de faux souvenirs, il n'y avait guère de différence. En ce qui concerne les thèmes du délire, nous avons pu relever que les thèmes de persécution étaient présents de manière uniforme dans les deux groupes. Par contre les idées de préjudice, plus proches de la réalité, se retrouvaient plus fréquemment chez les non-schizophrènes, alors que les idées mégalomaniaques, les idées d'influence, les idées érotomaniaques étaient nettement plus fréquentes chez les schizophrènes que chez les non-schizophrènes. Les thèmes somatiques se retrouvaient dans les deux groupes. Là aussi on note donc une certaine tendance, chez les schizophrènes, à s'éloigner plus de la réalité. L'étude aussi des différentes *personnalités* a permis de voir que, pratiquement toutes les schizophrènes âgées étaient décrites comme *autistes*, alors que seules deux patientes non-schizophrènes (dont un cas très douteux à la relecture du dossier) avaient été décrites comme telles. Ce qui laisse supposer une nettement plus grande difficulté de contact chez les schizophrènes que chez les non-schizophrènes. Les personnalités des patientes schizophrènes ont été décrites beaucoup plus souvent comme *asthéniques*, les personnalités non-schizophrènes *sthéniques*. Enfin, nous avons pu voir que la nature et les thèmes des délires n'étaient guère influencés, dans notre échantillon, par la présence ou non de troubles psycho-organiques plus ou moins importants.

Comment interpréter ces résultats? Les quelques études catamnestiques portant sur l'évolution de la schizophrénie dans l'âge avancé, en particulier celle de *Christian Müller*, ont montré, chez nombre de patients, une certaine tendance à la resocialisation, à l'atténuation des manifestations cliniques. Elles montraient aussi qu'il n'y avait guère de différence dans la proportion des syndromes psycho-organiques par rapport à la population générale. Au vu de ce phénomène de resocialisation, il paraissait intéressant de voir si on pouvait encore établir une distinction entre les schizophrènes âgés et les patients se décompensant sur un mode schizophréniforme dans l'âge avancé. On se rappelle que *Roth* considère, comme nombre d'autres auteurs, la «paraphrénie tardive» comme la manifestation clinique habituelle de la schizophrénie dans l'âge avancé. Dans l'échantillon que nous avons examiné, nous pouvons donc voir très clairement que les non schizophrènes se distinguent nettement des schizophrènes. Non pas tant par la richesse du délire, et par la richesse des hallucinations, que par des manifestations évoquant plutôt un *trouble plus profond de la personnalité*. Les schizophrènes sont décrits comme autistes, présentent beaucoup plus fréquemment des troubles de la pensée, délirant sur un mode que nous avons décrit comme autistique, beaucoup plus détaché de la réalité que les non-schizophrènes. Dans cette optique encore, malgré une certaine resocialisation constatée cliniquement, on s'aperçoit que les schizophrènes ont grand

peine encore à s'intégrer dans la réalité, qu'ils vivent en retrait, ne vont jamais au-devant des autres, ce qui est loin d'être le cas des non-schizophrènes, tout délirants qu'ils peuvent être. Nous croyons donc pouvoir dire, sans risque de nous tromper, que les *personnalités* des patientes schizophrènes sont nettement plus troublées. Sans vouloir entrer dans des considérations théoriques qui dépasseraient largement notre propos, il convient tout de même de relever que de définir la psychose paranoïde tardive ou la paraphrénie tardive comme une manifestation de la schizophrénie dans l'âge avancé n'est en tout cas pas une évidence. Le processus schizophrénique semble beaucoup plus torpide, moins accessible à la réalité que le processus délirant des patients se décompensant dans l'âge avancé. Il va sans dire que ce fait est bien compréhensible, puisque les patients souffrant de psychoses paranoïdes tardives ont réussi à garder un certain équilibre social et psychique pendant de nombreuses années avant de se décompenser, au contraire des schizophrénies d'apparition plus précoce. Il faut relever à ce propos le travail catamnestique de *Stephens*, qui montre que le pronostic des *poussées schizophréniques* dépend beaucoup de la nature de ces dernières. Les poussées dites «atypiques» ayant un pronostic bien meilleur que les évolutions schizophréniques caractéristiques où le comportement autistique est prédominant. Par la force des choses, notre échantillon de patientes est certainement très sélectif et consiste plus que probablement en un groupe de patientes particulièrement troublées. Même la présence d'idées délirantes à cet âge avancé peut traduire une certaine force du Moi, force toute relative d'ailleurs. On peut donc dire, en termes psycho-dynamiques que le Moi des «non-schizophrènes» était plus solide que celui des schizophrènes, que le processus secondaire fonctionnait mieux chez les premières que chez les secondes, etc.

Ceci illustre bien les difficultés des descriptions psychopathologiques. On pourrait très bien, comme l'a fait *Naudacher*, se contenter d'une description de différentes entités cliniques dans l'âge avancé, entités que l'on peut distinguer de la schizophrénie. Mais, on le sait très bien, cette solution n'est guère satisfaisante, comme n'est pas satisfaisante non plus la solution simplificatrice qui tend à intégrer la plupart des syndromes paranoïdes apparaissant dans l'âge avancé dans le groupe des schizophrénies tardives. Mais comment expliquer ces différences entre les deux groupes? En termes psychodynamiques on peut dire que les patientes se décompensant dans l'âge avancé bénéficient d'un Moi nettement plus fort. Chaque fois que nous l'avons pu, nous avons examiné l'histoire des patients souffrant de psychose paranoïde tardive. Pratiquement toujours nous avons relevé des troubles de la personnalité allant dans le sens d'une schizothymie. L'entourage les décrivaient comme des personnalités rigides, plutôt autoritaires d'ordinaire, s'isolant volontiers, n'aimant guère les contacts affectifs, mais d'ordinaire *sthéniques et entreprenantes*. Il semble bien que, tant

que ces personnes pouvaient maintenir un équilibre relatif avec leur entourage et dans leur activité professionnelle (la plupart du temps il s'agissait de patientes ayant une activité laborieuse importante), elles étaient protégées d'une décompensation. Des événements extérieurs tels que la perte de personnes proches ou significatives pour elles, la mise à la retraite ou un simple déséquilibre provoqué par l'extérieur de leur organisation de vie, provoquaient leur décompensation.

Il s'agissait donc de personnalités assez fragiles, mais tout de même plus solides que celles des patientes schizophrènes dont le Moi était particulièrement faible. C'est pourquoi notre travail nous incite, comme le propose *Stephens* par exemple, à tenter de mieux préciser notre conception de la schizophrénie. Tant que l'on n'a pas modifié notre système de classification psychopathologique, nous nous contenterons de ces considérations mais il va sans dire qu'une description plus globale des patientes, tenant compte et de leur constitution et de leur structure psychodynamique, de leur situation socio-culturelle même serait plus satisfaisante et permettrait de mieux expliquer les processus en cours.

Résumé

Etude clinique de deux groupes de femmes âgées de plus de 65 ans, hospitalisées pour des manifestations délirantes d'allure schizophrénique et présentant encore, au moment de l'examen, un syndrome paranoïde net.

Dans le premier groupe: les premiers troubles étant apparus avant l'âge de 45 ans. Dans le deuxième, après 65 ans.

Ce travail a mis en évidence certaines caractéristiques psychopathologiques suggérant la présence de *troubles de la personnalité nettement plus profonds* chez les patientes du premier groupe: l'autisme, le manque de sthénicité, les troubles de la pensée, le manque de cohérence et le flou des thèmes délirants, d'ordinaire beaucoup plus déréels caractérisent clairement le premier groupe par rapport au deuxième. Ce qui suggère que ces deux syndromes paranoïdes (schizophrénie paranoïde de l'âge adulte et syndrome paranoïde très tardif) sont, à première vue des entités pathologiques fondées sur des atteintes de la personnalité d'intensité très différente.

Zusammenfassung

Klinische Untersuchung zweier Frauengruppen älter als 65 Jahre, die für schizophrenieartige delirante Symptome hospitalisiert sind und die zur Zeit der Untersuchung noch ein eindeutig paranoides Syndrom zeigten.

In der ersten Gruppe sind die ersten Störungen vor und in der zweiten Gruppe nach dem 65. Lebensjahr erschienen.

Diese Arbeit zeigte gewisse psychopathologische Charakteristika, die darauf hinweisen, dass man bei den Patienten der ersten Gruppe eindeutig tiefere Persönlichkeitsstörungen findet (Autismus, Mangel an Sthenizität, Denkstörungen, Mangel an Kohärenz, Verschwommenheit der deliranten Themen, die üblicherweise viel irreeller sind), die eindeutig die erste Gruppe von der zweiten unterscheiden. Dies scheint zu bedeuten, dass diese beiden paranoiden Syndrome (Paranoide Schizophrenie des Erwachsenen und Paranoides Spätsyndrom) pathologische Einheiten sind, die auf Persönlichkeitsbeeinträchtigungen sehr verschiedener Intensität beruhen.

Summary

Clinical study of two groups of females beyond age of 65, institutionalized for delusional manifestations of schizophrenic nature and presenting also, at the time of examination, a pronounced paranoid state.

In the first group: the manifestations had arisen before the age of 45. In the second group, after the age of 65.

This study has demonstrated certain psychopathological caracteristics suggesting the presence of personality problems definitely more profound in patients of the first group: autistic state, asthenia, thought disorder, incoherence and vagueness of delusional subjects, ordinarily much more unreal are caracteristics of the first group in comparison to the second. This seems to bring evidence that these two paranoid states (paranoid schizophrenia in adult age and paranoid state in senility) are, at first sight, pathological entities based on personality problems of very different intensity.

Bibliographie

Albee G. W.: J. Consult. Psychol. Delusions in schizophrenia as a function of chronological age *14* 340–342 (1950). – *Berner P., Gabriel E.:* Sogenannte «Spätschizophrenie» im hohen Alter. Act. geront. *3*, 351–357 (1973). *Berner P., Gabriel E.:* Beziehungen zwischen Psychopathologie und Genetik sogenannter «Spätschizophrenien». Wien. Z. Nervenheilkunde *31*, 1–11 (1973). - *Bleuler M.:* Fortschr. Neurol. Psychiat. Die spätschizophrenen Krankheitsbilder *15*, 259–290, Literatur 201–207 (1943) LS 65. – *Bratfos O.:* Acta Psychiat. Scand. Transition of neurose and other Minor Mental disorders into Psychoses. *46*, 35 (1970). – *Burgermeister J.-J., Dias Cordeiro J., de Ajuriaguerra J.:* Confrontations psychiat. Les états délirants à début tardif, No 5, 63–82 (1970). – *Callieri R., Priori R.:* Arch. Psicol. Neurol. Psychiat. Contributo clinico e psycopatologico al problema del delirio insorgente nell'età senile *19*, 365–385 (1958) – LS 66. – *Ciompi L., Müller C.:* Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Springer-Verlag, Berlin (à paraître). - *Ciompi L.:* Etudes catamnestiques sur la vieillesse des anciens malades mentaux. Programme de recherche et résultats préliminaires. Inform. Psychiat. *45*, 475–485 (1969). – *Davidoff E.:* The involutional psychoses. Chap. 9, in: J. Kaplan (Editor) Mental disorders in later Life. Stanford Univ. Press, Stanford, Calif. 2nd Ed. 244–261 (1956). *Gruhle H. W.:* Der Einfluss des Alterns auf den Ablauf der seelischen Störungen. Z. Altersf. *1*, 209 (1938). – *Herbert M.E., Jacobson S.:* Brit. J. Psychiat. Late paraphrenia *113*, 461–470 (1967). – *Hirschmann J.* and *Klages W.:* Konstitutionsspezifische Leitlinien bei den Psychosen des höheren Lebensalters. Arch. Psychiat. Nervenkr. *196*, 254–264 (1957). Abstr. Excerpta Medica *1* (Sect. 20), No 697, 1958. – *Kay D. W., Roth M.:* Evironmental and hereditary factors in the schizophrenias of old age («late paraphrenia») and their bearing on the general problem of causation in schizophrenia. J. ment. Sci. *107*, 649–686 (1961). *Knoll H.:* Wahnbildende Psychosen der Zeit des Klimakteriums und der Involution in klinischer und genealogischer Hinsicht. Arch. Psychiat. Nervenkr. *189*, 59–92 (1952). *Labouerie J.:* Le devenir des psychoses délirantes aiguës et le risque de l'évolution schizophrénique secondaire. Confrontations psychiatriques *2*, 31. 5. 1968. – *Lever P.G.:* Dis. nerv. Syst. Aging within hallucinations. *20*, 272–273 (1959). – *Müller C.:* Über das Senium der Schizophrenen, zugleich ein Beitrag zum Problem der schizophrenen Endzustände. Bibl. psychiat. neurol. Basel (106), 1–82, 1959 (Cery). – *Müller C.:* Manuel de géronto-psychiatrie. Masson, Paris 1969. *Post F.:* Proc. Royal Soc. Med. The schizo-

phrénic reaction-type in late life *60*, 249–254 (1967). – *Retterstol N.*:Paranoid psychoses with hypocondriac delusions as the main delusion. Acta psychiat. Scand. *44*, 364–353 (1968). – *Roth M.* and *Morrissey J.D.:* Problems in the diagnosis and classification of mental disorder in old age, with a study of case material. J. Ment. Sci. *98*, 66–80 (1952). – *Stephens J.H.:* Long term courses and prognosis in Schizophrenia. Seminars in Psychiatry. Vol. 2 No 4, 464–485 (1970). – *Wing J.K.:* L'évolution et le pronostic de la schizophrénie. Confrontations psychiatriques *2*, 77–85 (1968).

Adresse des Autors:

Dr. E. Gilliéron
Psychiatrische Universitätsklinik Lausanne
Rue Caroline 11bis
1003 Lausanne